

DOI: 10.12209/CAIM202505100002

· 中西医结合临床案例 ·

穴位贴敷联合中药热奄包治疗 1 例 痰热腑实型中风病头晕患者的护理

蒲秋菊

(北京市健宫医院 急诊科, 北京, 100054)

摘要: 本文总结应用穴位贴敷联合中药热奄包治疗 1 例痰热腑实型中风病患者头晕的护理效果和经验。入院完善临床检查, 基于护理评估和中医辨证, 实施中医特色技术穴位贴敷联合中药热奄包, 治疗期间配合常规护理、饮食指导、情志护理及健康宣教, 有效缓解患者头晕症状, 加速患者康复, 缩短住院治疗周期, 提高患者生活质量。穴位贴敷及中药热奄包技术具有安全便捷且无毒副作用, 患者易于接受, 适宜临床推广。

关键词: 中风; 穴位贴敷; 中药热奄包; 中医护理

Nursing Care of a Stroke Patient with Dizziness of Phlegm-Heat and Fu-Organ Excess Pattern Treated with Acupoint Application Combined with Chinese Herbal Hot Compress Packs

PU Qiuju

(Department of Emergency, Beijing Jian Gong Hospital, Beijing, 100054)

ABSTRACT: This article summarizes the nursing efficacy and experience of applying acupoint application combined with Chinese herbal hot compress packs to treat dizziness in a stroke patient presenting with a phlegm-heat and fu-organ excess pattern. Upon admission, clinical examinations were completed. Based on nursing assessment and Traditional Chinese Medicine (TCM) pattern differentiation, the TCM characteristic techniques of acupoint application and Chinese herbal hot compress packs were implemented. During treatment, these were combined with routine care, dietary guidance, emotional nursing, and health education. This integrated approach effectively alleviated the patient's dizziness symptoms, accelerated recovery, shortened the hospital stay, and improved the patient's quality of life. The techniques of acupoint application and Chinese herbal hot compress packs are safe, convenient, free from toxic side effects, well-accepted by patients, and suitable for clinical promotion.

KEY WORDS: stroke; acupoint application; Chinese herbal hot compress packs; TCM nursing

中风为一种较为常见的脑血管病, 证型包括风阳上扰证、风痰阻络证、痰热腑实证、气虚血瘀证及阴虚风动证等, 其中痰热腑实证在脑卒中后的发生占比高达 60%, 具有较高的致死率和致残率, 需及时予以有效的治疗。中风是对人体健康构成重大威胁的慢性非感染性疾病, 是全球成人人群体致死的第二大原因和致残的第三大主因^[1]。我国是目前全世界中风病现患人数最多的国家^[2]。中风病是我国成年人致死和致残的首位病因, 是我国疾病伤残调整生命年的首位原因, 2019

年发卒中病例达到 394 万例, 农村地区所占的比例更高, 中约 72% 为缺血性中风^[3]。头晕是缺血性中风后常见症状。对于缺血性中风急性期患者, 在西医常规治疗基础上联合中医治疗能促进神经功能恢复、改善患者日常生活能力。本文总结采用穴位贴敷联合中药热奄包温经通络、行气活血、祛湿驱寒、调节脏腑阴阳, 改善痰热腑实型中风病患者头晕症状促进疾病恢复的护理体会, 现报告如下。

收稿日期: 2025-05-10

OPEN ACCESS

<https://case.jcme.net.cn>

1 临床资料

1.1 一般资料

患者女性,83岁,2025年2月14日患者主因反复头晕、纳差1月就诊于急诊。患者入院急查头CT示腔隙性脑梗,脑白质变性;胸部CT示慢性支气管炎,冠脉搭桥术后,右侧多发肋骨骨折;血常规+CRP示白细胞 $4.97 \times 10^9/L$,血红蛋白 $121 g/L$,血小板 $153 \times 10^9/L$,C反应蛋白 $7.05 mg/L$;心梗五联示MYO374 ng/mL,DDIM812 ng/mL,BNP1040 pg/mL;急查生化示白蛋白 $31.8 g/L$,尿素 $23.64 mmol/L$,肌酐 $206.9 \mu mol/L$,葡萄糖 $15.15 mmol/L$,尿酸 $699 \mu mol/L$;凝血示纤维蛋白原 $451.0 mg/dL$ 。刻下症:患者1月前无明显诱因出现头晕,走路不稳,多于活动时出现,1~2 min能自行好转,伴纳差、食欲下降,偶有意识不清未特殊处理,半月前曾因头晕摔倒1次,出现右侧胸肋区疼痛,活动时明显,无其他症状。

既往史:2型糖尿病,血糖控制欠佳;高血压病史20余年,近期血压不高已停用;冠心病搭桥术后16年;双侧大脑中动脉狭窄、左侧大脑前动脉狭窄病史9年;胆囊摘除术后30余年。去年1月因“NSTEMI、心功能不全、双侧胸腔积液、呼吸衰竭、肺部感染”至我院急诊行经口气管插管呼吸机辅助呼吸,2 d后顺利拔管转入CCU对症治疗病情好转出院。目前,患者口服氢氯吡格雷 $50 mg$,1次/d;单硝酸异山梨酯 $20 mg$,2次/d;托拉塞米 $10 mg$,1次/d;托伐普坦 $15 mg$,1次/d。输血史:否认药物食物过敏史,无吸烟饮酒史,便秘多年,否认家族史。

1.2 查体

体格检查:体温(T) $36.4^{\circ}C$,脉搏(P)76次/min,呼吸(R)20次/min,血压(P)169/92 mm Hg;神志清楚,营养欠佳,精神一般,双侧瞳孔等大等圆,对光反射灵敏,双侧额纹对称,无眼睑下垂,伸舌居中,心律齐心可,双肺呼吸音粗,未闻及干湿性啰音;腹平软,肝脾肋下未触及,无压痛反跳痛,未触及包块,肠鸣音弱;双下肢无水肿,四肢活动减弱。中医四诊:神色形态:神色自如,面色淡白,精神尚可,形体正常,动静姿态;语声气味:语声清,无异常气味;舌象脉象:舌质淡暗,苔黄,舌下脉络无瘀血,脉滑、脉弦。

1.3 诊断

中医诊断:中风病,中医辨证为痰热腑实证。

诊断依据:患者高龄,病程1月,因反复头晕、纳差1月,摔伤半月入院,证见头晕,便干或便秘;舌质暗红或暗淡,苔黄或黄腻,脉弦滑或兼数。西医诊断:晕厥、脑血管供血不足。中医鉴别诊断:口僻:以口眼歪斜、口角流涎、言语不清为主症,常伴外感表证,并无半身不遂、口眼歪斜等症。厥证:昏仆不省人事时间一般较短,多伴有面色苍白、四肢逆冷,一般移时苏醒,醒后无半身不遂、口眼歪斜、言语不利等症。痉症:以四肢抽搐、颈项强直,甚至角弓反张为特征,甚至昏迷,但无半身不遂、口舌歪斜、言语不利等症。痿证:一般起病缓慢,多表现为双下肢痿痹不用,或四肢肌肉萎缩,痿软无力,与中风之半身不遂不同。

1.4 治疗

患者入院给予重症护理常规,一级护理,持续鼻氧管吸氧及心电监护,监测血糖,8次/d。中医调护:慎起居、节饮食、避寒暑,忌食用寒凉、辛辣等;予穴位贴敷及中药热奄包治疗,刺激腹部穴位,以调节脏腑经气,以达到治疗全身疾病的目的;采用四君子汤合四物汤放置于神阙穴,以补益气血。西医治疗:甘精胰岛素注射液、谷赖胰岛素注射液降糖;蚓激酶肠溶胶囊降纤;硝酸甘油注射液扩冠;乳酶生片促消化;复方氨基酸注射液(9AA)多种微量元素注射液(II)营养支持;苦碟子注射液活血通络改善循环,盐酸氨溴索注射液祛痰;呋塞米注射液、螺内酯片、托伐普坦片利尿抑制RAS,复方 α -酮酸片、尿毒清颗粒(糖型)护肾;甲钴胺片营养神经;硫酸氢氯吡格雷片抗血小板;阿托伐他汀钙片稳定斑块,琥珀酸美托洛尔缓释片稳定心室率等综合治疗。经10 d治疗,患者病情好转于2025年2月24日出院。

2 护理

2.1 护理评估

2.1.1 疼痛评估

数字等级评定量表(numerical rating scale, NRS)是应用范围最广泛的单维度评估表。将一条直线平均分成10分,在每个点用数字0~10表示疼痛依次加重的程度,0为无痛,10为剧痛,由患者自己评分,该患者评分为6分,属中度疼痛。

2.1.2 焦虑评估

采用汉密尔顿焦虑量表(Hamilton Anxiety Scale, HAMA)评估患者的焦虑症状。HAMA将焦虑因子分为躯体性和精神性两大类,采用0~4

分的5级评分法,评分越高,症状越严重。总分 ≥ 29 分:严重焦虑;总分21~28分:明显焦虑;总分14~20分:有焦虑;总分7~13分:可能有焦虑;总分 <7 分:无焦虑。经评估本患者HAMA量表评分为18分,属有焦虑。

2.1.3 日常生活能力评估

予患者日常生活能力(ADL)评估,采用Barthel指数量表进行日常生活基本活动测评,其主要包括自我照顾(进食、洗澡、穿衣、修饰、控制大小便、如厕)以及移动能力(转移、行走、上下楼梯)。总分100分,100分表示ADL完全独立,60分以上生活基本可以自理,40~60分生活需要帮助,20分以下生活完全需要帮助。本例患者评分为50分,生活需要帮助。

2.1.4 跌倒坠床风险评估

Morse跌倒风险评估量表由静脉输液、疾病诊断、认知状态、行走辅助、步态及跌倒记录等6个项目组成,总分125分,分值越高,表示跌倒风险越高,其中0~24分为低风险,25~45为中风险,评分高于45分为高风险。本患者评分为60分,属高风险。

2.1.5 压力性损伤评估

采用Braden压力性损伤风险评估表进行评估,该患者评分为17分,属低度高危患者。

2.1.6 睡眠质量评估

采用睡眠状况自评量表(SRSS)评估患者睡眠质量,SRSS共有10个项目,每个项目分5级评分(1~5),评分越高,说明睡眠问题越严重。此量表最低分为10分,即基本无睡眠问题,最高分为50分,表示存在严重睡眠问题。经评估,本患者SRSS评分为39分。

2.2 护理诊断

躯体移动障碍与头晕平衡能力降低有关;疼痛与肋骨骨折有关;营养失调低于机体需要量与自身疾病消耗量有关;焦虑/抑郁与头晕影响睡眠有关。

2.3 护理计划

根据护理评估结果,制定如下护理计划:采取情志护理、饮食指导、运动指导及中医适宜技术等方式,对患者进行综合干预,以达到缓解患者头晕症状,能自行活动,肋区疼痛减轻,恢复正常饮水量,提高患者对疾病的认识,焦虑症状减轻及睡眠质量提升的目标。

2.4 护理实施

2.4.1 中医特色护理

2.4.1.1 穴位贴敷

中药穴位贴敷以经络理论为基础,在辨证施治基础上,选取患者特定穴位进行相应药物贴敷,以达到预防及治疗疾病的中医治疗方法,其可依据“上病下取”的治则,取相应的穴位及药品进行贴敷,有效缓解患者头晕症状,操作方法具体如下。操作前评估患者腹部皮肤情况,告知患者目的、操作方法及注意事项,取得患者配合后进行操作,注意保护患者隐私及保暖。协助患者取仰卧位,暴露所需选取穴位及周围皮肤,选取穴位膻中穴、涌泉穴、足三里及合谷穴,穴位贴敷选用自制中药膏研细末,中药膏方用熟地黄6g、山药9g、山茱萸6g、枸杞子6g、菟丝子6g、川牛膝6g、龟甲6g及鹿角3g,用白醋调成稠膏状,放置直径约5cm透气敷贴上,每天贴敷于穴位上,每次贴敷4h,以7d为一个疗程,连续进行穴位贴敷操作11d。

2.4.1.2 中药热奄包

予患者中药热奄包刺激腹部穴位,以调节脏腑经气,达到治疗全身性疾病的目的。采用四君子汤合四物汤加以补益气血,放置穴神阙穴,热奄包方剂组成包括白术15g、党参片15g、茯苓15g、甘草片15g、熟地黄15g、当归15g、川穹15g及白芍15g,将全部药材装入布袋中,浸泡于清水中30min,再放入蒸锅蒸15min,之后取出降温至40℃后,将热奄包放置于患者神阙穴,热敷20min,1次/d,连续热敷11d。

2.4.2 常规护理

2.4.2.1 生活起居

病室保持安静、舒适,空气新鲜,光线不宜过强。眩晕轻者可适当休息,不宜过度疲劳。眩晕急性发作时,应卧床休息,闭目养神,减少头部晃动,切勿摇动床架,症状缓解后方可下床活动,动作宜缓慢,防止跌倒。为避免强光刺激,外出时佩戴变色眼镜。指导患者自我监测血压,如实做好记录,以供临床治疗参考,指导患者戒烟限酒。

2.4.2.2 饮食护理

指导患者正确选择清淡、高维生素、高钙、低脂肪、低胆固醇及低盐饮食。肾气亏虚证饮食宜富营养,如甲鱼,淡菜,银耳等,忌食煎炸炙烤及辛辣烟酒。日常可以黑芝麻、核桃肉捣烂加适当蜂蜜调服。患者应适当控制饮食,饮食不宜过饱,急性发作呕吐剧烈者暂时禁食,呕吐停止后可予半

流质饮食,可配合食疗,如荷叶粥等。

2.4.2.3 情志护理

多与患者沟通,了解其心理状态,进行有效针对指导。肝阳上亢情绪易激动者,讲明情绪激动对疾病的不良影响,指导患者学会自我情绪控制。眩晕较重,心烦焦虑者,减少探视人群,给患者提供安静的休养空间,鼓励患者听舒缓音乐,分散心烦焦虑感。多向患者介绍有关疾病知识及治疗成功经验,增强患者信心,鼓励患者积极面对疾病。

2.4.2.4 安全护理

由于疾病因素,患者活动时头晕容易发生跌倒,为保证患者安全,告知其需家属陪护,保持地面清洁、干燥,活动场所不设障碍物场地宽阔,夜间房间设置感应灯,保持光线充足。嘱其遵循起床三部曲,即平躺 30 s,清醒后保持平卧姿势,睁眼凝视天花板或窗外,让身体从睡眠状态逐渐过渡到清醒状态;坐起 30 s,缓慢从被窝做起,保持半坐姿势,活动头颈、搓脸或伸展四肢,促进血液循环;站立 30 s,将双脚移至床沿静坐后,扶稳床边缓慢站立,确认无眩晕等不适再行走。

2.4.2.5 康复指导

在日常生活中可练习眩晕康复操,预防疾病,姿势为两脚分开与肩同宽,两臂自然下垂,全身放松,两眼平视,均匀呼吸,站坐均可。双掌擦颈:十指交叉贴于后颈部,左右来回摩擦 100 次;左顾右盼:头先向左后向右转动 30 次,幅度宜大,以自觉酸胀为好;前后点头:头先前再后,前俯时颈项尽量前伸拉长 30 次;旋臂舒颈:双手置两侧肩部,掌心向下,两臂先由后向前旋转 20~30 次,再由前向后旋转 20~30 次;颈项争力:两手紧贴大腿两侧,两腿不动,头转向左侧时,上身旋向右侧,头转向右侧时,上身旋向左侧 10 次;摇头晃脑:头向左一前一后旋转 5 次,再反方向旋转 5 次;相抗:双手交叉紧贴后颈部,用力顶头颈,头颈应向后用力,相互抵抗 5 次;翘首望月:头用力左旋、并尽量后仰,眼看左上方 5 s,复原后,再旋向右,看右上方 5 s;双手托天:双手上举过头,掌心向上,仰视手背 5 s;放眼观景:手收回胸前,右手在外,劳宫穴相叠,虚按膻中,眼看前方,5 s,收操。康复操宜 1 次/d,5~6 d/周,以“不累、不晕、微微汗”为标准。眩晕患者的运动以“温和、低强度、调气血”为核心原则,运动的时间和频率选择需避免耗气伤血,同时顺应身体节律和季节变化。中医认为上午 9:00~11:00 是足太阴脾经最活跃的时段,脾主运

化、统血,此时运动可借助阳气升发之势,增强脾胃功能,促进气血生成,避免空腹运动,建议早餐后 1 h 进行,以防止低血糖加重眩晕。眩晕急性发作期,暂停一切运动,以卧床休息为主,待症状缓解后再从卧位抬腿练习、坐位呼吸训练开始逐步恢复。

2.5 护理评价

经过 11 d 中西医结合治疗和护理后,患者精神状态明显好转,头晕症状缓解,肋骨疼痛症状减轻,焦虑症状得到改善,睡眠质量得到提升,可正常进食,营养摄入增加,便秘缓解,日常生活基本能够自理,详见表 1。患者已于 2025 年 2 月 24 日出院,医护人员告知患者定期来院复诊。

表 1 疗效评估				分
评估项目	2 月 14 日	2 月 19 日	2 月 24 日	
NRS	6	4	3	
HAMA	18	12	8	
ADL	50	60	85	
Morse	60	45	25	
Braden	17	19	22	
SRSS	39	28	20	

3 结果和随访

本案例通过穴位贴敷及中药热奄包联合治疗,有效改善患者头晕问题,饮食量恢复正常,生活质量得到提升。患者出院 1 周后予电话回访,患者表示未再出现头晕症状,饮食情况正常,对治疗效果表示满意。

4 讨论

头晕是缺血性中风后常见症状,从中医角度看多为风、火、痰、瘀致使风眩内动、清窍不宁或清阳不升,脑窍失养而症见头晕;从西医的角度看,缺血性中风是脑部的血液循环障碍,脑组织的缺血缺氧而部分坏死和软化而致,长期缺血缺氧状态会导致头晕^[4]。痰热腑实证是缺血性脑卒中的重要证候之一,临床表现为便秘或便干,腹胀,痰多色黄或黏、舌质红或暗,或伴有瘀斑、瘀点,苔黄或黄腻^[5]。研究发现,在缺血性脑卒中的证候演化过程中,痰热腑实证基本由“痰热证”演化而来,故痰热腑实证的本质以“痰热”为本,发生在前,“腑实”为标,发生在后^[6]。

中药穴位贴敷是通过穴位处皮肤吸收药力作

用,将药物的作用直接渗透到穴位经络中,充分发挥中药材的归经理顺作用,有效地避免经消化道吸收或经肝脏代谢引起对消化道黏膜产生不良刺激,也可减少患者对针刺或其他对症治疗的恐惧心理^[7]。研究表明,穴位贴敷可通过贴敷体表穴位刺激局部血管扩张,加快局部血液循环,有效改善脑组织的供血及供氧,从而改善眩晕症状^[8]。中药热奄包是将中药装入布袋浸泡加热后放置于穴位上,利用温热之力使药性通过体表透入经络、血脉,从而达到温经通络、行气活血等作用。国医大师张学文认为瘀致百病,百病均可致瘀,故治疗多以活血化瘀为主^[9]。钱呈敏等^[10]采取活血化瘀、通畅脑络的治疗方法,可有效地缓解患者的眩晕症状、调节焦虑情绪、提高睡眠质量。综上所述,穴位贴敷联合中药热奄包治疗中风头晕患者的临床疗效良好,可改善患者头晕症状,提高患者生活质量,无毒副作用且安全性良好,且患者易于接受,适于临床推广应用。

患者知情同意:病例报告公开得到患者或家属的知情同意。

利益冲突声明:作者声明本文无利益冲突。

参考文献

- [1] 凌兴厚,汪晓攀,熊振芳,等. 中医药治疗中风后流涎的研究进展[J]. 时珍国医国药, 2025, 36(2): 330-333.
LING X H, WANG X P, XIONG Z F, et al. Research progress of traditional Chinese medicine in treating post-stroke salivation[J]. J Li Shizhen Tradit Chin Med, 2025, 36(2): 330-333. (in Chinese)
- [2] 唐春花,郭露,李琼,等. 2022年全球卒中数据报告解读[J]. 诊断学理论与实践, 2023, 22(3): 238-246.
TANG C H, GUO L, LI Q, et al. Interpretation on the report of global stroke data 2022[J]. J Diagn Concepts Pract, 2023, 22(3): 238-246. (in Chinese)
- [3] 康利高阁,高颖,白金月,等. 急性缺血性中风超急性期炎症指标与早期神经功能恶化、证候要素及预后的相关性研究[J]. 北京中医药大学学报, 2025, 48(1): 98-107.
KANG L, GAO Y, BAI J Y, et al. Study on the correlation between inflammatory indicators in the hyperacute phase of acute ischemic stroke and early neurological deterioration, syndrome factors, and prognosis[J]. J Beijing Univ Tradit Chin Med, 2025, 48(1): 98-107. (in Chinese)
- [4] 杨莹,闫俊,乔琳,等. 天麻钩藤饮加减联合电针治疗急性脑梗死下肢偏瘫合并高血压临床研究[J]. 山东中医杂志, 2024, 43(5): 482-487.
YANG Y, YAN J, QIAO L, et al. Clinical study on modified Tianma Gouteng decoction (天麻钩藤饮) combined with electroacupuncture in treatment of acute cerebral infarction with lower limb hemiplegia complicated with hypertension[J]. Shandong J Tradit Chin Med, 2024, 43(5): 482-487. (in Chinese)
- [5] 平兴枫,吕军影,李凯,等. 缺血性脑卒中痰热腑实证大鼠模型的建立与评价[J]. 中国组织工程研究, 2025, 29(11): 2301-2309.
PING X F, LYU J Y, LI K, et al. Establishment and evaluation of a rat model of phlegm-heat and Fu-organ excess syndrome following ischemic stroke[J]. Chin J Tissue Eng Res, 2025, 29(11): 2301-2309. (in Chinese)
- [6] 宋文英,古金晓,梁笑笑,等. 基于真实世界中风痰热腑实的证候演变规律研究[J]. 中医药学报, 2023, 51(7): 46-51.
SONG W Y, GU J X, LIANG X X, et al. Study on the syndrome evolution law of phlegm heat and viscera excess based on real world stroke[J]. Acta Chin Med Pharmacol, 2023, 51(7): 46-51. (in Chinese)
- [7] 李彭. 中医穴位贴敷技术对恶性肿瘤患者化疗后恶心呕吐的防治作用[J]. 临床合理用药杂志, 2022, 15(17): 104-107.
LI P. Preventive and therapeutic effects of acupoint application technology of traditional Chinese medicine on nausea and vomiting in patients with malignant tumor after chemotherapy[J]. Chin J Clin Rational Drug Use, 2022, 15(17): 104-107. (in Chinese)
- [8] 陈瑀蓉,尧莎莎. 艾灸联合穴位贴敷对眩晕患者头痛头晕症状及生活质量的影响[J]. 医疗装备, 2025, 38(2): 95-98.
CHEN Y R, YAO S S. Effect of moxibustion combined with acupoint application on headache, dizziness and quality of life of vertigo patients[J]. Med Equip, 2025, 38(2): 95-98. (in Chinese)
- [9] 穆蓉慧,孙莉,杨檬,等. 持续性姿势-知觉性头晕的中医治疗研究进展[J]. 临床医学研究与实践, 2024, 9(34): 187-190.
MU R H, SUN L, YANG M, et al. Research progress on traditional Chinese medicine treatment of persistent postural-perceptual dizziness[J]. Clin Res Pract, 2024, 9(34): 187-190. (in Chinese)

- [10] 钱呈敏, 朱旭莹, 欧阳志英, 等. 银杏酮酯片治疗瘀血型持续性姿势-知觉性头晕的临床疗效观察[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2022, 20(13): 2475-2479.
- QIAN C M, ZHU X Y, OUYANG Z Y, et al. Clini-

cal observation on treatment of persistent postural-perceptual dizziness with blood stasis by Ginkgo biloba tablets[J]. Chin J Integr Med Cardio Cerebrovasc Dis, 2022, 20(13): 2475-2479. (in Chinese)

声明: 此案例经过本平台同行评议, 全文开放获取, 采用知识共享(CC 4.0 BY-NC-ND)许可协议, 作者可在其他媒体再次发表。